MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Investigación realizada en relación a la infección por VIH de un menor en el curso de su proceso de atención

Implementación de los acuerdos contenidos en el convenio celebrado con la FFSP, SMU Y FEMI en el mes de setiembre de 2003

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 23 de marzo de 2004

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Gustavo Amen Vaghetti.

MIEMBROS: Señores Representantes Daniel Bianchi, Jorge Chápper, Luis José Gallo Imperiale, Orlando Gil Solares y Ramón Legnani.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Raúl Argenzio y Nora Castro.

CONCURRE: Señora Representante Glenda Rondán.

INVITADOS: Señores Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla; Subsecretario, contador Milton Pesce; Director General de Secretaría, escribano Marcelo Ferrero; Director General de Salud, doctor Diego Estol; Director General de ASSE, doctor Elbio Paolillo y Director de Servicios de Salud, doctor Leonardo Risi.

SEÑOR PRESIDENTE (Amen Vaghetti).- Habiendo número, está abierta la sesión.

La Comisión tiene el gusto de recibir al señor Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla; al señor Subsecretario, contador Milton Pesce; al Director General de Secretaría, escribano Marcelo Ferrero; al Director General de ASSE, doctor Elbio Paolillo; al Director General de la Salud, doctor Diego Estol; y al Director de la División de Servicios de Salud, doctor Leonardo Risi.

El motivo de la invitación ya es conocida por el señor Ministro y sus asesores, por lo que les damos la palabra.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Hemos concurrido una delegación numerosa porque, si bien conocemos el orden del día, hay cosas que muchas veces uno solo no puede contestar o tener todos los temas en la cabeza. Esperamos poder responder a las inquietudes de la Comisión, y para iniciar el diálogo vamos a hacer referencia al niño contagiado con VIH SIDA.

El mes pasado decíamos en la Comisión de Salud Pública del Senado que se había progresado bastante en esta investigación, que ha sido muy trabajosa y compleja. Muy pocas investigaciones en este Ministerio han tenido esta profundidad, y es bueno que sea así porque nos permite ir dilucidando el tema. Ya tenemos once biblioratos referidos a esta investigación. La División de Servicios de Salud ha culminado su actuación y pasó los resultados a la Dirección General de la Salud, de donde me fue elevado el expediente.

Diría que esta es la primera instancia de investigación. Toda la parte técnico asistencial podemos comentarla porque ha culminado. No así lo que puede hacer a eventuales responsabilidades del propio Ministerio, de sus funcionarios o de distintas dependencias de la Cartera. En ese sentido, la investigación continúa en los aspectos administrativos internos, y creemos firmemente que no demorarán más de cuarenta y cinco a sesenta días. Eso fue lo que la Dirección General de la Salud sugirió -y estuve de acuerdo-, que era la ampliación de la investigación a aquellos aspectos que pudieran involucrar a funcionarios de esta Secretaría de Estado, a fin de dar la máxima transparencia y objetividad al procedimiento administrativo.

Ya lo comenté el 15 de octubre del año pasado, cuando estuve en esta Comisión, pero a los solos efectos de recordar -y para no repetir conceptos que ya figuran en la versión taquigráfica-, vale la pena decir que el Ministerio tomó conocimiento del hecho el 1º de setiembre del año pasado, en base a una nota acompañada por una solicitud suscrita por los padres del menor, en el sentido de que se llevara a cabo una investigación. La Asociación de Usuarios me pidió una entrevista que concedí inmediatamente, y luego la nota fue dirigida a la División de Servicios de Salud, para procesarla como corresponde. El 8 de setiembre ya estaba prevista la instrucción de la investigación. Recién el 30 de setiembre los hechos toman estado público, a partir de las palabras del Presidente de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos, doctor Bagnulo, según consta en la versión taquigráfica de la sesión de la Comisión de Salud Pública del Senado a la que concurrió.

Como es parte de todo este largo expediente, también es útil recordar que cuando la Dirección de Usuarios tomó contacto conmigo me manifestó que habían iniciado gestiones hacía más de un año y medio, intentando la mediación de la familia del niño con el Instituto de Cardiología Infantil. En el marco de esas gestiones consta una respuesta fechada el 8 de agosto de 2003 -un mes antes de que yo tomara conocimiento-, dirigida a la Asociación de Usuarios y suscrita por los doctores Peluffo y Duhagón, en la cual se formulaba una oferta económica que tiene como considerandos el concepto de contrapropuesta que ellos hacían a la familia. Ello se hizo en relación a lo solicitado por la familia, y en la esperanza de evitar una instancia judicial que no parecía ser un camino adecuado para ninguna de las partes. Respondiendo a esa propuesta del 13 de agosto de 2003, la Asociación de Usuarios remitió nota en la que estableció lo siguiente: "Dada la exigüidad de la suma ofrecida, nos obliga a solicitar una reconsideración de vuestra oferta" -le dice al Instituto- "así como la familia" CC -vamos a nombrar solo las iniciales- "estaría dispuesta a ceder los derechos emergentes de una acción por responsabilidad civil si se llega a un acuerdo".

Pues bien, nosotros iniciamos inmediatamente la investigación y el objeto fue muy concreto: primero, determinar las circunstancias en que fue infectado el niño; segundo, cuál fue la vía por la cual el menor contrajo el SIDA; y, tercero, cuáles fueron las razones que determinaron el contagio.

En segundo lugar, también figura como objetivo de la investigación, que está absolutamente expreso, determinar la existencia de alguna conducta, hecho, acto u omisión de las instituciones médicas o de los profesionales actuantes que causaron dicho evento. En ese sentido, se encargó esta investigación al Departamento de Evaluación de Calidad, dependiente de la División Servicios de Salud, dependiente a su vez de la Dirección General de la Salud; y más concretamente, a su Directora, la doctora Marisa Buglioli y en calidad de técnico a la doctora Gilda Chirigliano. Además, se encargó instruir la misma de conformidad con lo dispuesto por los Decretos Nº 500 y Nº 233/84 que son los que hablan también de preservar la confidencialidad de la información que se fuera a manejar dado el tipo de caso de que se trataba. A su vez, se encargó designar un cuerpo de peritos de acuerdo con lo previsto en el artículo 66 del Decreto Nº 500, concretándose la designación a ellos en forma inmediata, en la fecha 3 de octubre. Así se inicia la investigación técnico-asistencial por un lado y técnico-administrativo por otro. Tiene estas dos grandes vertientes.

Importa recalcar que esta investigación epidemiológica de cómo contrae este chiquilín esta enfermedad, dado el tiempo transcurrido en que tomamos conocimiento de lo ocurrido, se hace por supuesto en una forma retrospectiva y en base a un análisis de los documentos que quedaron en las instituciones y en los distintos organismos del Ministerio. Ya de por sí es difícil hacer una investigación epidemiológica pasado tanto tiempo porque hay que basarse exclusivamente en las cosas objetivas que uno puede encontrar en las distintas dependencias, programas, instituciones, bancos de sangre, etcétera que tomaron contacto con este niño.

Lo primero que hay que consignar y que tiene que quedar muy claro y ha quedado muy claro en toda la investigación es que de haber tomado conocimiento en tiempo real de la contaminación de este niño, tenemos la impresión de que hubiera sido muy diferente la implementación de la investigación y, seguramente, hubiéramos podido arribar a mayores y mejores conclusiones para comprobar o descartar los mecanismos de transmisión de la infección contraída. No es bueno estudiar las cosas un año y medio después. De todo lo estudiado y de toda esa documentación compulsada y estudiada, fueron analizados los estudios de la transmisión por contacto de persona a persona y dentro de ella todo lo que podía ser la transmisión vertical -de madre a hijo-, la transmisión horizontal -entre pacientes- o la transmisión desde un agente de salud al paciente; siempre nos referimos de persona a persona. Además, se analizaron los estudios sobre posible transmisión por la vía transfusional y, finalmente, los estudios de la transmisión por materiales contaminados, dispositivos u otros. En alguna de estas formas es que el chiquilín puede haber contraído esta enfermedad. Analizamos y entrevistamos; y a lo largo de los once biblioratos se realizan actuaciones en todos los servicios públicos y privados que tuvieron que ver con el caso, además de los profesionales actuantes uno por uno; siempre en el marco de la normativa vigente y tratando de respetar la confidencialidad que correspondía. Así que acá hay información escrita del Instituto de Cardiología Infantil, del Sanatorio Mautone, del Hospital Italiano, del Servicio Nacional de Sangre, del Programa Nacional de SIDA, del Laboratorio de Higiene Pública, del Sector Registros del Ministerio de Salud Pública, del Departamento de Tecnología Médica del Ministerio de Salud Pública. Además, se inspeccionaron especialmente el Servicio Nacional de Sangre, el Instituto de Cirugía Infantil, el departamento de Hemoterapia del Hospital Italiano, el Centro de Esterilización de Materiales del Hospital Italiano y el Sanatorio Mautone.

En toda la investigación desde el punto de vista técnico pudo afirmarse que la información que fue relevada en todos estos lugares fue adecuada; diría que la actuación de los técnicos, los entrevistados y los entrevistadores, fue en todo sentido exhaustiva y profunda en la investigación. También hay que destacar que esta investigación no estuvo entorpecida por la actuación de instituciones o profesionales que, de alguna manera, pudieran torcer su desarrollo o su buen avance, ni mucho menos el resultado de ella. ¿Qué surgió de la investigación? Tal cual surge del informe final del Departamento de Evaluación de Calidad, la investigación realizada no pudo precisar en qué momento y en qué circunstancias el niño sufrió la infección de SIDA que padece. El asunto es más complejo.

En este punto voy a solicitar al doctor Risi que explique qué quiere decir esto, es decir, cómo se llevó a cabo esa investigación técnica, qué debería precisar, en qué momento, en qué circunstancias y por qué no se ha podido dilucidar el caso con objetividad clara.

SEÑOR PRESIDENTE.- Según tengo entendido, el señor Ministro se enteró de este caso el 1º de setiembre. Quiero saber cuándo se le diagnosticó al niño el HIV positivo.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- El 18 de marzo de 2002. Esta es la fecha en que se confirma en el laboratorio central que el niño tiene un SIDA positivo confirmado.

SEÑOR RISI. - A partir del 1º de setiembre la División se abocó a realizar una investigación técnico administrativa, cuyo objeto era determinar las circunstancias en las que el menor fue infectado, así como las vías de transmisión y las razones que llevaron a ese contagio.

Esta investigación se hizo fundamentalmente sobre bases documentales y las pericias se basaron, retrospectivamente, en el análisis de documentos que pudieran haber reflejado lo ocurrido en el momento del contagio. Dado la complejidad del caso a estudiar y a investigar, tanto en lo que tiene que ver con las dificultades que en lo material suponía manejar dichos centros, recabar información, compilarla y documentarla, como las dificultades técnicas y la especificidad del caso, se solicitó la asistencia, tal cual lo marca el Decreto Nº 500, de peritos. Esta asistencia se hizo en función de que los propios peritos inspectivos

y de investigación de denuncias del Ministerio de Salud Pública no tenían especificidad en los temas que se tenían que analizar. Entendimos que esos peritos, tal como lo marca el Decreto Nº 500, debían tener una metodología de trabajo y, fundamentalmente, no estar involucrados, directa o indirectamente, con ninguno de los centros a estudiar o a investigar.

En ese sentido, se solicitaron cinco peritos para que acompañaran a los técnicos administrativos. El 3 de octubre se determinó que esos peritajes recayeran en la doctora Cristina Linder, como perita en epidemiología, en la doctora María Catalina Pírez, como perita en pediatría, en el doctor Jorge Decaro, como perito en medicina transfusional, y en la doctora Mariela Vacarezza, como perita en infectología. Asimismo, a este equipo lo acompañó la licenciada Susana Kusmik, en su calidad de perita en servicios sanatoriales, por cuanto esta sería una línea de trabajo.

Se establecieron cinco líneas de trabajo, una por cada capítulo, y también se notificó a los peritos una metodología de trabajo, que era la que nos pareció que generaría los mejores resultados, esto es, el análisis centralizado de la información para preservar la confidencialidad y el estudio independiente de cada uno de ellos, sin que pudieran intercambiar hasta etapas avanzadas de la primera evaluación los resultados entre cada uno de los peritajes. Tal cual surge de la normativa de estudios epidemiológicos y científicos, esto se hace para evitar que las opiniones de los peritos se vayan sesgando y solo se aterrice en algunos canales de información, perdiéndose otras líneas de trabajo. Por lo tanto, los peritos trabajaron en un primer período, de aproximadamente cuarenta y cinco días, en forma independiente, siguiendo exclusivamente las líneas de trabajo propias de su especialidad y luego se conjuntaron en un equipo multidisciplinario, donde se empezaron a cruzar los informes individuales, de manera tal de enriquecer las especialidades de lo realizado.

El soporte administrativo para llevar a cabo estos peritajes se hizo con la compilación de documentos que trataremos de simplificar y referenciar en cada una de las líneas de trabajo. En todo recién nacido las estadísticas muestran que la forma más frecuente de contacto es la transmisión persona a persona. En ese caso, se trabajó sobre dos hipótesis, una de mayor prevalencia y otra de menor prevalencia. La primera es la transmisión madre-hijo; en este caso se volvió a requerir los estudios confirmatorios de la madre. Por otra parte, un segundo embarazo de la madre, con un niño sano. Como los señores Diputados sabrán, no resulta posible exigir a ningún ciudadano de la República que se realice exámenes de detección de HIV. Por lo tanto, en estos temas contamos con la buena voluntad de la madre para rehacerse los estudios serológicos; dichos estudios fueron negativos.

Para concluir el capítulo de la transmisión persona a persona -la literatura internacional así lo marcaba-, se estudió la posibilidad de transmisión por leche de madre de banco, transmisión que se ha visto en algunos casos. Analizamos la posibilidad de que pudiera haberse alimentado al bebé con leche de banco proveniente de otra madre HIV positivo. Ambos criterios fueron descartados.

Luego nos introducimos en el sistema de detección de la contaminación persona a persona. En este caso, el trabajo supuso conformar dos grandes grupos. En primer lugar, estudiar toda la población asistida durante los tres meses con respecto a otros pacientes, niños o adultos, que hubieran compartido la estancia sanatorial con este chico, para poder acotar en el calendario los días en los que algunos procedimientos implicaran más riesgos que otros. Esto supuso el análisis de tres meses de internación en el Instituto de Cardiología Infantil, así como la de los pacientes del Sanatorio Mautone pues el chico también estuvo internado durante un período en ese lugar.

Para detectar el riesgo de contaminación persona a persona se relevaron todas las prácticas invasivas médicas realizadas al niño concomitantemente con sus días de estancia, pues este relevamiento -que insumió mucho tiempo- nos llevaba de la mano de los procesos de esterilización y de análisis de los insumos médicos utilizados.

Decía que se realizó la investigación de toda la población internada y que, con la internación del chico JC, se detectaron dos pacientes portadores de HIV, lo cual centró la información respecto de los procesos de utilización de procedimientos hospitalarios.

Asimismo, para completar el capítulo del estudio persona a persona, en la literatura mundial existen secuencias de contaminación de personal de la salud portadores de HIV que en procedimientos de tipo invasivos, por un accidente propio, contaminan al paciente que tienen a su cargo.

Como bien decía el señor Ministro, en esta investigación debemos agradecer la colaboración de todo el personal de la salud de los centros asistenciales porque al personal médico, de enfermería y de limpieza se le planteó la posibilidad de hacerse estudios de HIV, quienes accedieron en forma voluntaria. Contamos con amplia aceptación del personal y, como corresponde en este caso, los estudios se realizaron en el laboratorio de higiene pública. Se encontró un único positivo, que luego de testeada la identidad, en su nuevo estudio fue negativo.

Concluido este segundo gran capítulo de trabajo, nos abocamos al proceso de estudio transfusional del paciente, en función de que era politransfundido. Se hicieron los relevamientos no solo de los procesos de sangre, sino también de albúmina y de otros hemoderivados que se administraron al chico.

Si bien el Banco Nacional de Sangre realizó una investigación en 2001, al inicio del procedimiento, se decidió no tomar como prueba ese estudio sino como téster posterior a los resultados propios. Por lo tanto, se individualizaron todos los muestreos, se chequearon todas las identidades de los donantes, se buscó la sangre de seroteca tanto en el Banco Nacional de Sangre como en el Banco de Sangre del Hospital Italiano, y se procedió a realizar un nuevo análisis de serología.

Como el criterio de la transfusión sanguínea desde el punto de vista estadístico era aquel que pudiera tener un alto riesgo, se procedió a intensificar los resultados respecto de cada una de las poblaciones de donantes. De esta forma, el perito que trabajó con nosotros en este tema procedió a solicitar exámenes serológicos especiales que no se hacen habitualmente en estos casos, que se repitieron en todas las sangres de seroteca y en todos los muestreos, volviendo a dar negativo.

Se rastrearon todas las unidades de sangre para con terceros y se concluyó el reestudio de donantes, dando todos negativo.

En este caso, la sangre provenía de quince donantes. Debido a alguna dificultad en uno de los números de identificación de un donante, para evitar errores en este tema, decidimos ampliar el espectro con los donantes que tuvieran igual característica, que era un donante cuyo número de identificación podía identificarse como otras dos cifras. De esta forma chequeamos cuatro donantes más de lo que realmente era el propósito a efectos de lograr estos negativos.

El reestudio de seroteca y los del antígeno P24 dieron resultados negativos; no hubo, en ninguno de los estudios, falsos negativos, teniendo en cuenta que se estudiaron en dos oportunidades.

Finalmente, se investigó y se procedió a reestudiar todos los protocolos respecto de la forma de trabajo del Banco Nacional de Sangre. Se chequeó si el mismo día que los donantes hicieron la donación de sangre no se hubiera procedido a hacer donación de sangre por otro paciente que fuera VIH positivo, en función de compilar y confrontar si el procedimiento de descarte de la sangre donada el mismo día hubiese podido tener un error de etiquetado. Se procedió a analizar retrospectivamente, y luego "in situ", cómo el Banco Nacional de Sangre procede a la clasificación y descarte de los volúmenes de sangre contaminados. Estos protocolos fueron analizados pericialmente y desde el punto de vista infectológico, y tanto los tubos, las bolsas como los etiquetados no tuvieron observaciones al respecto.

Finalmente, la línea de trabajo de trasmisión por materiales contaminados, dispositivos u otros aspectos suponían varios canales de trabajo. En primer lugar, conocer la totalidad de los elementos punzantes o cortantes que son pasibles de ser utilizados en maniobras invasivas, como todos aquellos filtros o dispositivos que toman contacto con la sangre de los pacientes. También se procedió a analizar a todos los proveedores que normalmente proveen de estos materiales a esas instituciones, y para esto se contó con la participación de la División Tecnología Médica respecto de los análisis de reutilización. Manejamos protocolos de fabricantes y en cada uno de esos casos, comprobábamos cuáles tenían riesgos potenciales de ser elementos pasibles de contaminación. Todos estos materiales se analizaron.

El análisis de los materiales reutilizados nos llevó a abordar el centro de esterilización por gas de etileno -que se utiliza en estos casos- y, concomitantemente a ello, se estudiaron todos los procedimientos de enfermería respecto a dilución, preparación, inoculación, procedimientos de registro y normativos respecto de todos los procedimientos de enfermería realizados en el Instituto de Cardiología Infantil y en el Sanatorio Mautone.

Como decía el señor Ministro, para conocer los procedimientos de enfermería que pudieron haber sido pasibles de error hay que trabajar en forma restrospectiva. Lo que se debe hacer en estos casos es analizar los controles escritos en tiempo y forma durante ese período y presenciar, sin preaviso, como la enfermería practica tanto los procedimientos propios como los de descarte, de manejo de cortantes y punzantes, su destrucción y su esterilización. Con respecto a esto, la División encontró algunos elementos a mejorar; si después lo consideran pertinente podemos mencionarlo.

Analizados todos estos elementos, científicamente tenemos la obligación de demostrar en forma contundente y de tener pruebas de cuál podría haber sido el procedimiento contaminante. Tal como lo establece el Decreto Nº 500 y también desde el punto de vista científico, en caso de que no haya una prueba contundente que pueda servir como una demostración que no deje ningún tipo de dudas, finalizamos nuestro trabajo diciendo que no es posible conocer las circunstancias en las que el menor fue infectado. Tampoco podemos probar la vía por la cual resultó infectado, y en cuanto a las razones, hemos encontrado algunas de procedimiento para mejorar. En lo que hace a los procesos asistenciales, no fue posible etiquetar a ninguno como un acto vinculante de la contaminación que tuvimos que estudiar.

SEÑOR GIL SOLARES.- En primer lugar, quisiera saber cómo está el niño, porque no tengo información de su estado actual. ¿Había tenido otras internaciones previas a la intervención quirúrgica, también con procedimientos invasivos?

Por otra parte, acepto la propuesta del doctor Risi en cuanto a conocer los procedimientos que hay que mejorar, porque me parece muy importante.

En cuanto a la conclusión de que no es posible conocer las circunstancias de la contaminación, por supuesto que quedan dudas desde el punto de vista biológico, porque todavía hay mucho que investigar sobre las características de esta virosis. Personalmente, en algún momento nos preguntamos si algún insecto hematófago era capaz de trasmitir esta virosis. Siempre se nos contestó que no, porque no se podía comprobar y se consideraba un concepto equivocado. Pero siempre queda esa interrogante, esa duda que algún día se dilucidará. Antes conocíamos tan poco de esta virosis que no sabíamos que invadía todo el organismo; después se fue comprobando la presencia del virus en las lágrimas, en la saliva y en todas las secreciones orgánicas del varón y de la mujer. De manera que estamos frente a una pared de algodón.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- El niño estuvo internado en el sanatorio Mautone hasta el cuarto día posterior a su nacimiento; desde allí fue trasladado al ICI. No estuvo en otra institución.

De acuerdo con lo que el señor Diputado ha manifestado, hasta ahora no se admite como mecanismo de transmisión el de los insectos hematófagos porque no se ha descrito todavía ningún caso comprobado. Como todos ustedes saben, es muy difícil decir un no rotundo en medicina, de modo que estamos en la misma situación. No obstante, esto fue planteado a la infectóloga que fue perita en el procedimiento.

Con respecto al estado del niño prefiero que conteste el doctor Risi, quien estuvo conversando con su madre. Yo le hice saber por terceros que estaba a su disposición pero ella no quiso entrevistarse conmigo; estaba realmente mal porque se había enterado de que no se podía saber cuál había sido el mecanismo de transmisión. Yo hubiera querido hablar con ella para explicarle todo lo que habíamos trabajado para tratar de que estos casos no se repitieran, porque por ahí pasa el tema. Quería explicarle lo exhaustivos que habíamos sido y la voluntad que habíamos puesto en esto, pero ella estaba anímicamente muy mal y no quiso que habláramos.

SEÑOR RISI.- Los procedimientos invasivos mayores en el chico se realizaron los días 10, 12 y 17 de setiembre, 24 y 30 de octubre y 23 de noviembre; hablo de cateterismos y/o cirugías.

En el marco de la investigación hemos solicitado al doctor Galeana, médico tratante, que nos informe por escrito sobre el estado del chico. Las cargas virales vienen mejorando y desde el punto de vista humoral el estado del niño es bueno.

Tal como decía el señor Ministro y si bien en lo formal los padres del chico no son comparecientes en el expediente ni fueron los denunciantes, entendimos que, más que nada por la voluntad médica y humana,

debíamos hablar con la madre. Así lo hicimos telefónicamente; le informamos sobre los resultados e intentamos explicar lo inexplicable. A veces, los médicos sabemos explicar lo inexplicable, diciendo con humanidad que se hizo todo lo posible. Tuvimos una conversación muy franca; nos acompañó el escribano Ferrero. La desolación de la madre es clara y no es para menos, pero terminada esa conversación pudimos mostrarle la voluntad de un equipo de gente para llegar a la verdad de lo que va a acompañar a este chico hasta el fin de sus días. Fue una conversación franca y creo que no será la única porque, como decía el señor Ministro, quedamos a las órdenes de la madre para cualquier aclaración. También nos sentimos en la obligación de otorgarle una copia del informe final de la División porque si bien entendíamos que administrativamente no era lo correcto, nada lo prohibía y nos parecía que ese era un elemento que podría ayudar cuando ella hablara con sus médicos de cabecera sobre los aspectos en los que habíamos trabajado.

SEÑOR GIL SOLARES.- En el nacimiento del niño, ¿no hubo ningún manejo a nivel de los vasos del ombligo?

SEÑOR RISI.- No.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Hemos analizado el resultado de la investigación y hemos escuchado con mucha atención el informe brindado por el señor Ministro y el doctor Risi. Hay algunas cosas preocupantes -creo que para todos- porque, en definitiva, el objetivo de esta investigación era saber por qué vía se contagió este niño; eso es elemental por la importancia que tiene. Según lo que acaba de relatar el doctor Risi, si bien las líneas de investigación fueron exhaustivas, no se ha podido determinar la causa del contagio. En especial, nos preocupa que no se haya podido determinar la causa porque este es un caso muy específico, muy centralizado. Se trata de un chiquito y hay dos vías de contagio que están absolutamente descartadas de por sí -la sexual y la de transmisión materno infantil-, por lo que queda una sola: la de transmisión sanguínea. Entonces, tenemos dos líneas de investigación: la transfusional y la relativa al contagio persona a persona o por insumos.

Teniendo en cuenta que se trata de un chiquito que estuvo internado en épocas cronológicamente determinadas, en dos lugares específicos en donde es fácil identificar a todos los protagonistas porque el centro estaba limitado, hay algunas cosas que quisiéramos comentar.

No tengo el informe del Banco de Sangre, pero tuvimos una información -si no es así, que se me diga- en el sentido de que cuando se estudió al chico, se detectó en sangre un alto nivel masivo de contaminación, lo que solo podría estar explicado por el hecho de que la vía de contagio fuera transfusional y no otra. Es información es extraoficial, pero pediría que el doctor Risi me dijera si eso fue así.

SEÑOR RISI.- Es como usted dice, señor Diputado: la carga viral en relación al tiempo era importante, desde el punto de vista de la conceptualización de los infectólogos y de los epidemiólogos. Eso presupone que la vía sea hematógena transfusional. En este caso se dan algunos otros aspectos como los sistemas de filtros extracorpóreos en donde también quedan importantes cantidades de restos si hubiera habido algún procedimiento equivocado. Como nuestra obligación es confrontar las opiniones que hacen a la duda del procedimiento, me voy a permitir leer lo que algunos de los hematólogos nos escriben acerca de la medicina transfusional. Ellos dicen que estudiadas todas las vías de trasmisión por vía sanguínea, se postula como posible en el plano hipotético, ya que esto no se ha estudiado, que la transmisión de la infección ha ocurrido como consecuencia del uso de material médico quirúrgico contaminado por sangre proveniente de otro paciente infectado. Según declaraciones realizadas por la madre del niño infectado, durante el período de internación de tres meses, ella tuvo conocimiento de otros tres pacientes infectados con VIH, que estuvieron internados en la unidad cardiológica en el mismo período. Esto estaría dando pie a una explicación epidemiológica del origen y modo de trasmisión de la infección por material médico quirúrgico contaminado. Entonces, nos enfrentamos a dos situaciones: una de ellas...

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quiero hacer una pregunta aclaratoria: ¿de quién es el informe?

SEÑOR RISI.- Del Banco Nacional de Sangre.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Si bien desde el punto de vista técnico no se ha llegado a una respuesta, podría haber presupuestos que conduzcan a una porque en ese informe que usted leyó se intenta dar una explicación. Se investigó en esa línea y no se pudo llegar a identificar el material contaminante, pero sí se determinó que en ese momento hubo dos o tres chiquitos infectados, lo que no deja de ser un elemento indirecto que puede estar muy relacionado con la posibilidad de que esa vía sea la que en definitiva determinó esto. Digo esto porque en los resultados de la investigación se lee que se detectaron falencias administrativas, pero también alguna técnica. Según leo en este informe, en uno de los lugares donde estuvo internado el chiquito, se estuvo aconsejando adecuar las pautas de centros de esterilización de materiales y se encontró que en otro el equipo de esterilización de materiales por dosis de óxido de etileno, no cumple con las condiciones reglamentarias de habilitación. Entonces, si uno concatena la información que nos brinda el doctor Risi sobre una explicación del servicio del Banco de Sangre con estas dos conclusiones a las que se llega en la investigación, nota una gran probabilidad de que el contagio pudiera haber sido por esa vía. No se puede determinar, pero es evidente que en una situación relativamente simple de ir ubicando cuál es la causa del contagio, la constatación no deja de ser importante.

El otro aspecto que queríamos comentar es que, evidentemente, del resultado de la investigación surgen responsabilidades múltiples.

SEÑOR RISI.- Los señores Diputados saben que los dispositivos terapéuticos de esterilización por óxido de etileno están previstos en el Decreto Nº 643/92.

Cuando estudiamos el equipo de esterilización, en una primera instancia, pensamos que los resultados, desde el punto de vista infectológico y bacteriológico, pudieran estar cerca. ¿Qué es lo que queremos decir, y eso se ajusta al informe? Las pautas de esterilización por óxido de etileno son enormemente rigurosas, pero todo lo que no cumplen de la habilitación no está vinculado con la producción técnica del equipo ni a su rendimiento, sino con las condiciones de bioseguridad, de instalación y de control.

No cumplen con el tema de los contenedores específicos, próximos a los lugares de desecho. Tampoco cumplen con los criterios de que servicios higiénicos y vestuarios deben estar a cierta distancia por el riesgo de explosión. No tienen normas de bioseguridad en cuanto a identificación del personal que maneja el equipo. Los controles del equipo, desde el punto de vista técnico, son bien hechos por el proveedor de servicios. Sin embargo, no tienen todos los etiquetados externos para la clasificación de los estudios hechos respecto del aparato, es decir, archivo cronológico -como está dispuesto en el decreto- de las disposiciones de control. También detectamos problemas en la entrada y salida de material, en cuanto a que el contaminado y el no contaminado, aunque en canastas distintas, entran y salen por la misma puerta, lo que constituye un error en la habilitación.

Ya hemos comunicado todo esto al Instituto de Cardiología Infantil y le hemos dado un plazo perentorio de veinte días para ajustarse a la normativa. No podemos decir -porque se hicieron pruebas- que el equipo tuviera fallas en la esterilización. Por el contrario, el equipo esteriliza correctamente, aunque no cumple con todo lo que establece el Decreto Nº 643/92.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quisiera saber qué se encontró en lo que tiene que ver con el informe que dice que hay otros dos centros que tienen que adecuar pautas en los centros de esterilización de materiales.

SEÑOR RISI.- Concretamente, eso sigue las pautas del Decreto Nº 436/97. Allí nos encontramos con que la planta física presenta paredes con pintura descascarada, semidesprendida, lo que obstaculiza la limpieza y favorece la colonización de microorganismos. El flujograma de actividades no se mantiene en forma unidireccional sino que es cruzado y, por tanto, entran y salen por la misma puerta material estéril y no estéril, aumentando los riesgos de incorporar errores humanos, mezclando ambos tipos de materiales. Los controles de esterilización se realizan según los registros, pero en forma discontinua y demasiado distantes entre ellos.

En el block quirúrgico se omite el cepillado de pinzas individualmente, salvo en ciertas situaciones, lo cual está en contraposición a las recomendaciones del Decreto Nº 436/97. Asimismo, no se dispone de un plan de

mantenimiento preventivo de los esterilizadores, y solo se realiza cuando surgen necesidades de reparación. Estas son las intimaciones al Hospital Italiano.

Respecto de este segundo tema que el señor Diputado mencionaba, si bien promueven un procedimiento no puro, tampoco hacen a que el resultado del acto específico de la esterilización tenga indicadores de error en el procedimiento, sino del entorno.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Como bien decía el señor Diputado Gallo Imperiale, hay además aspectos administrativos que surgen de esta investigación. Si bien consideramos terminada esta parte técnica, esta otra no lo está, y es la que queremos finalizar en el plazo que hoy mencionábamos.

Quiero hacer un relato muy sucinto del informe que me elevó la División de Servicios de Salud, donde se manifiestan los problemas administrativos que hacen a por qué el Ministerio se entera en setiembre del año 2003 de algo que ocurrió mucho tiempo atrás. El Programa Nacional de SIDA -a diferencia de lo que yo creía y manifestaba ante ustedes en la reunión de octubre- recibió una comunicación en la que se confirmaba en el Laboratorio de Salud Pública el caso de este niño, con el número de autogenerado, la fecha de nacimiento e iniciales de su nombre y el servicio de salud de donde provenía. Eso fue interpretado de esa manera -así se me explicó-, pero el hecho es que dicha información no generó acciones concretas de investigación epidemiológica para este caso investigado. Esa es la forma de comunicación habitual del Laboratorio en estos casos; no lo interpretan como una notificación. Establecen esa diferencia semántica entre lo que es una comunicación con valor estadístico, que no despierta por sí sola el mecanismo de saber por qué este niño llegó a contraer la enfermedad, y una notificación, que sí despierta el mecanismo de la investigación.

Este es un hecho irregular, que se constata en esta investigación. Se trata de cosas sutiles que confirman todo lo que les comentaba en octubre acerca de las dificultades que teníamos y de lo compleja que era la vigilancia epidemiológica, no solo de esta enfermedad sino de todas, en el Ministerio de Salud Pública. Después veremos qué hemos hecho en ese sentido, pero queremos dejar constancia de que el Programa Nacional de SIDA recibió una comunicación a punto de partida de conocer que el 18 de marzo de 2002 fue confirmado en el Laboratorio Central que había un autogenerado positivo. El Laboratorio de Salud Pública hizo los estudios confirmatorios en tiempo y forma, de acuerdo con el expediente de investigación. Actuó como centro de referencia, registró el caso positivo con el procedimiento habitual y lo entregó al Programa Nacional de SIDA. A su vez, remitió al servicio solicitando el resultado confirmatorio positivo de VIH, tal como corresponde. Hizo los dos comunicados.

El Servicio Nacional de Sangre -para seguir con las instituciones bajo la égida del Ministerio de Salud Pública- realizó los estudios técnicos, convocando y estudiando a todos los donantes de sangre o componentes -como explicaba el doctor Risi- involucrados en las transfusiones que se le hicieron a este niño. Desde el punto de vista administrativo, llevó adelante la investigación de fecha 31 de octubre de 2002 y lo comunicó a la persona de quien depende, al Director General de ASSE. Dicha nota, como era negativa, fue archivada. Era una investigación que llevada aparentemente hasta sus últimas consecuencias dio que esa no era la vía de contaminación; entonces, se archivó. Epidemiología no interactúa.

También informó el Banco de Sangre a ADUS, que le había pedido en un inicio que investigue cómo se contagió este niño, pues podría ser por transfusión de sangre. Le informó a ADUS lo mismo que informó negativamente a ASSE. Entonces, en el caso analizado, no surge que se hayan realizado acciones de coordinación con el Programa Nacional de SIDA, ni con otros sectores o estructuras de la Dirección General de la Salud, ni con la División Salud de la Población, ni con el Departamento de Epidemiología.

Pasando ahora al Sanatorio Mautone, al ICI y al Hospital Italiano, debo decir que ni el Sanatorio Mautone ni el ICI ni sus Directores Técnicos o personal de salud de dichas instituciones o sus Jefes de Laboratorio hicieron la comunicación al Ministerio de Salud Pública que marca la normativa vigente. Ni el Sanatorio Mautone ni el Hospital Italiano contaban con informe actualizado de vigilancia epidemiológica de infecciones hospitalarias. Y los servicios privados antes mencionados omitieron la notificación obligatoria del caso dispuesta en el Código Nacional de Enfermedades de Declaración Obligatoria y del Decreto Nº 146/84.

Tomando todas estas cosas en consideración es que se recomienda a la Dirección General de la Salud y a través de esta a mí lo siguiente: A juicio de esta División -División de Servicios de Salud-, existen en lo administrativo y operativo aspectos que deberían corregirse en aras de un ejercicio más eficiente del contralor a cargo de este Ministerio. Aspectos tales como la coordinación entre las distintas áreas, canales de comunicación, manejo de la información y procesamiento de esta, presentan fallas que deberían corregirse si se apunta a la eficiencia y a la eficacia en la actividad de contralor que corresponde. Se advierte en particular una falta de coordinación entre el Programa Nacional de SIDA, la División Salud de la Población y Departamento de Epidemiología, coordinación que esta investigación y los hechos ocurridos dejan en claro es esencial si se pretende ejercer una función que se extienda más allá de lo estadístico. Asimismo, surge de la investigación que funcionarios de esta Secretaría de Estado recibieron información en forma adecuada o no a partir de la cual se debería haber desarrollado una actuación que no pudo no haberse cumplido en la forma necesaria. Esto deja en evidencia que los sistemas de registro e información no cumplen la función para la cual fueron creados. En la medida que tal información, en la forma en que se lleva, no permita advertir a quienes la manejan situaciones en las que deben actuar, la misma deriva en meros datos con utilidad en la tarea estadística, pero inoperantes en lo que hace a la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. En lo que refiere a la actuación de las entidades privadas y técnicos actuantes que tuvieron intervención en el proceso que nos ocupa, la investigación deja en claro que la misma no resultó ajustada a la normativa vigente. Así tanto las instituciones como su personal técnico omitieron comunicaciones y notificaciones obligatorias. Por lo tanto, nos permitimos formular las recomendaciones siguientes.

No sé si los señores Diputados presentes están en conocimiento de estas resoluciones. Podemos leerlas rápidamente.

Las recomendaciones son las siguientes: 1º) Remitir las presentes actuaciones a la División Jurídico Notarial a los efectos de una ampliación de la investigación en lo relacionado a los funcionarios públicos involucrados en el proceso y que hubieran incumplido sus obligaciones funcionales. La investigación debería alcanzar al Programa Nacional de SIDA y al Departamento de Epidemiología, resultando necesario deslindar las responsabilidades funcionales acordes a la estructura orgánica del Ministerio vigente a la fecha de producido el evento.

Hay que aclarar que el 18 de febrero de este año se cambió todo el sistema de vigilancia epidemiológica de este Ministerio, en parte a raíz de todo esto que estamos verificando y para adelantarnos a que esto en lo posible no vuelva a ocurrir nunca más.

Continúo leyendo: 2º) Observar al Instituto de Cardiología Infantil en virtud de que el equipo de esterilización de materiales por óxido de etileno no cumple con las condiciones reglamentarias de habilitación. 3º) Intimar al Hospital Italiano y al Sanatorio Mautone en relación a adecuar pautas en el centro de esterilización de materiales. 4º) Elevar a consideración de la Comisión Honoraria de Salud Pública las actuaciones en lo pertinente a fin de analizar las responsabilidades profesionales y de eventual aplicación del procedimiento disciplinario respecto de los Directores Técnicos del Sanatorio Mautone y del Instituto de Cardiología Infantil. 5º) Analizar las debilidades constatadas en la normativa vigente con el fin de establecer con claridad los mecanismos, formas, plazos y responsables de la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria. 6º) Asignar procedimientos de buena gestión administrativa respecto de la interrelación de los distintos servicios del Ministerio de Salud Pública en lo que hace a la vigilancia epidemiológica que a propósito de este caso desnudan las inconsistencias administrativas. 7º) Valorar la realización de las acciones de hemovigilancia a través del Servicio Nacional de Sangre, propuestas a fojas 477".

Con este informe, dimos por liquidado el tema técnico, dimos vista al Hospital Italiano, se hacen las comunicaciones al Sanatorio Mautone, como corresponde, y se nombra el instructor administrativo que seguiría esta etapa de responsabilidades internas y que hicieron a la demora en conocer el hecho. En este sentido, no recuerdo exactamente las fechas, pero pediría al escribano Ferrero que nos diga rápidamente cómo se procesó la fecha de designación de los instructores.

SEÑOR FERRERO.- A raíz del informe producido por la División de Servicios de Salud con las recomendaciones que recién señaló el señor Ministro, con fecha 17 de febrero se decretó una ampliación de la investigación administrativa para deslindar las responsabilidades internas que pueda haber habido dentro del Ministerio, en la Dirección General de la Salud, en su Departamento de

Epidemiología, en la División Salud de la Población y en el Programa Nacional de SIDA. El expediente de 500 páginas pasa a la Dirección General de Secretaría, y es el que circula. Además, la investigación técnica dio lugar a once biblioratos que entre todos suman más de 3.000 fojas, que están en custodia de la Dirección General de Secretaría para realizar todo el procedimiento administrativo, más las vistas que hubo que dar.

El expediente pasa a la Dirección General de Secretaría y se designa al doctor Sebastián Costa -abogado de la División Jurídico Notarial- como instructor de la investigación administrativa, que empieza a estudiar el expediente. Concretamente, el 20 de febrero el expediente pasa a la División Jurídico Notarial. Era un viernes, vino el feriado de Carnaval, y el 26 de febrero el doctor Costa toma contacto con el expediente. El 9 de marzo, producto de un ofrecimiento particular de un estudio jurídico bastante importante de Montevideo, el doctor Costa renuncia al Ministerio de Salud Pública por el procedimiento habilitado por ley de reservar el cargo por dos años. A su vez, el expediente vuelve a manos del señor Ministro para designar a un nuevo instructor y el 16 de marzo se designa al escribano Gastón Armelino. Con esa nueva resolución del Ministro, se sacan dos testimonios del expediente: uno para remitir al instructor y otro para remitirlo a la Comisión Honoraria de Salud Pública. El expediente original queda en la Dirección General de Secretaría porque, de acuerdo con las recomendaciones de la División de Servicios de Salud, que hizo suyas el señor Ministro, hubo que dar vista al Instituto de Cardiología Infantil por la observación sobre la esterilización de los materiales. Al tratarse de una observación, por más que parezca leve, es una sanción, y como tal debe existir la posibilidad de ensayar los descargos correspondientes.

El lunes tomaron vista del expediente por el Instituto de Cardiología Infantil los doctores Peluffo y Surraco; estamos a la espera de que presenten los descargos correspondientes.

Quiero aclarar que hay dos formas de remitir el expediente a la Comisión Honoraria de Salud Pública: para que dictamine asesorando al señor Ministro, conforme al artículo 25 de la Ley Madre de Salud Pública Nº 9.202, o para constituirse en Tribunal Disciplinario -artículo 26 de la misma ley-, que fue el caso por el que fue remitido por orden del señor Ministro. ¿Cuál es la diferencia? La Comisión Honoraria de Salud Pública al constituirse en tribunal disciplinario puede sacar una resolución propia, lo que no sucede por imperio del artículo 25, que es cuando asesora al señor Ministro y este es quien toma la resolución. En este caso, al ser Tribunal Disciplinario, la Comisión Honoraria de Salud Pública se convierte en un órgano desconcentrado del Ministerio y puede tomar una resolución que es pasible de los recursos de revocación y jerárquico: revocación ante la propia Comisión, y jerárquico ante el Ministro que, por supuesto, puede abocar esa resolución como cualquier otro órgano superior.

Quiero aclarar que fue en ese contexto en que el Ministro envió el expediente a la Comisión Honoraria de Salud Pública. A su vez, las recomendaciones señalaban los tres pasos que tenía que seguir la Dirección General de Secretaría. Las otras recomendaciones son llevadas adelante por la División de Servicios de Salud, perteneciente a la Dirección General de la Salud.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quiero saber con qué carácter se remite el expediente a la División Jurídico Notarial, porque dice: ampliación de la investigación de lo realizado, y no es para sumariar a aquellos funcionarios. Esta confusión me surge porque se habla de ampliación de la investigación en lo relacionado con los funcionarios públicos involucrados en el proceso. Esto se puede interpretar como que se quiere ampliar la investigación a efectos de determinar si en la investigación anterior hubo falencias o ciertos hechos sobre los que no se arribó a ninguna conclusión y por eso se amplía.

En síntesis, quiero saber si se trata de una ampliación o de la instrucción de un sumario a los funcionarios.

SEÑOR FERRERO.- Es una investigación administrativa con el fin de determinar las responsabilidades administrativas que pueda haber habido en el procedimiento de control o de cumplimiento de las normas que hacen al asunto. Es decir, no se trata de un sumario.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Desde que ocupamos nuestro cargo en febrero del año pasado habíamos constatado las falencias que existían en el control y en la fiscalización; creo que fui el primero en admitirlo y en señalarlo, porque era algo ostensible. Hemos trabajado mucho en ese sentido

y ni qué hablar que nos queda mucho por hacer todavía. Puedo asegurar que el Ministerio se ha fortalecido en esa materia y funciona mejor.

En los dos últimos meses del año pasado hasta los primeros días de enero nos pusimos en marcha para cambiar todo el concepto de vigilancia epidemiológica con que se manejaba el Ministerio. Así como habíamos cambiado estructuralmente y en sus funciones y profundizado la División de Servicios de Salud, era necesario replantearse todos los aspectos de vigilancia epidemiológica que llevaban cuarenta años. Existían normas superpuestas que promovían confusión; se creaban programas poco menos que independientes, separados de lo que es la vigilancia y los estudios epidemiológicos y lo que es salud de la población. Todas eran cosas independientes, que no se coordinaban entre sí.

Por fin, en enero tuvimos pronto el Decreto; lo firmamos el 15 de enero, todos los Ministerios lo firmaron, como así también el Presidente, recién el 18 de febrero. Esta es toda la nueva normativa de vigilancia epidemiológica que creo nos ayudará mucho a racionalizar, para que todo esté concentrado solo en un lugar y donde quede claramente establecido qué cosas se denuncian y de qué manera, cómo deben ser los procedimientos y cómo el Ministerio debe controlar esto, no con compartimentos estancos.

Ha costado mucho sacar esta iniciativa adelante. Más de ocho oficinas distintas fueron fusionadas en el Ministerio; cada una era una oficina que nada tenía que ver con la otra. Todas se ocupaban de una enfermedad distinta, es decir, estaba la del quiste hidático, la del SIDA, la de problemas cardiovasculares, la de enfermedades transmisibles, la de enfermedades no transmisibles, y nadie sabía exactamente cómo se coordinaban entre sí. Quizás exagere un poco, pero al menos para mí esto era bastante incomprensible.

Fue así que pedimos a fines del año pasado al doctor Estol que se metiera en el tema y me gustaría cederle la palabra para que nos explique qué está haciendo el Ministerio a partir de este nuevo Decreto y en qué consiste a grandes rasgos para que todos sepamos lo que se ha cambiado en este sentido.

SEÑOR ESTOL.- Lo que reglamentaban los controles era el Código Nacional sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria, de 1961, y luego, con buena intención todas las Administraciones fueron incorporando sucesivos decretos que incluyeron otras enfermedades que fueron surgiendo. Esto es producto de que en el país, lenta y progresivamente, todas las enfermedades emergentes y reemergentes, permanentemente nos están planteando situaciones de salud ante las cuales tenemos que actuar en forma rápida y lo más eficiente posible. Como consecuencia de esto, se revió el Código de 1961, actualizó el Código Nacional sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria, que es el decreto al que hacía referencia el señor Ministro, y se centralizó toda la notificación de enfermedades, ya sea infecciosas o crónicas, en una única oficina que se denomina Vigilancia Epidemiológica. También se agrega como un elemento novedoso la notificación de accidentes, los eventos medio ambientales y los eventos nutricionales que afectan a la población que, muchas veces se manejan por la prensa, pero no hay información en tiempo y forma respecto a dónde ocurren.

En este sentido, ya tenemos centralizado un único teléfono, un único fax y un único correo electrónico para realizar las notificaciones. Esa nueva reglamentación establece claramente de quién es la responsabilidad de efectuar las notificaciones en los distintos estamentos, tanto públicos como privados. Creo que se trata de un gran avance del país. Es la primera vez que vamos a tener un centro único de vigilancia que nos permita tomar decisiones en tiempo y forma ante los eventos de salud que la población presente. Asimismo, asociado con eso, habrá una guardia permanente de técnicos, que con la misma estructura, como decía el señor Ministro, estaban en oficinas dispersas del Ministerio de Salud Pública.

Quiero rescatar y reafirmar que esto es producto de las nuevas situaciones de salud que tenemos; se trata de refundar esas oficinas. En ese sentido, se establecen claramente dos grupos básicos de enfermedades de notificación inmediata por la entidad que presentan -tipo dengue, difteria, hanta-virus, etcétera- y otras de notificación en la primera semana, entre las cuales se encuentran los accidentes de trabajo y de tránsito, enfermedad de Chagas, Fiebre Q, VIH-SIDA, etcétera.

Como ya se ha dicho, según los distintos decretos que fueron surgiendo, la notificación obligatoria en el caso del SIDA era ante el Programa Nacional de SIDA. Luego, había información estadística que se recopilaba y se enviaba mensualmente a otros Centros, entre los que se encontraba el Programa Nacional de SIDA. Esto llevó a muchas confusiones en las que, inclusive, directores técnicos de instituciones planteaban que no

sabían de quién era la responsabilidad de notificar ni en dónde había que hacerlo. Ahora, tenemos el lugar central y el decreto. En este momento, nos encontramos en la etapa de socializar la información, llevándola a todos los estamentos de las estructuras, tanto públicas como privadas, para que sepan claramente cuáles son los mecanismos de notificación. De esta manera, se van a evitar muchos errores y problemas de confusión en cuanto a cuál es el mecanismo, a quién tiene la responsabilidad de notificación y, a partir de esto, qué tipo de medidas hay que tomar. En definitiva, es Vigilancia Epidemiológica la que desencadenará los gatillos de urgencia, con una guardia técnica las veinticuatro horas del día, respecto a los eventos que allí se denuncien.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Funcionaríamos en un único local, con las computadoras y una enorme mesa, que es el Centro de Vigilancia Epidemiológica, y no todos separados, como estábamos, ya que no podíamos funcionar adecuadamente.

Las más de cuarenta enfermedades de declaración obligatoria se definen específicamente en este decreto, estableciéndose cuáles deben considerarse casos sospechosos, cómo declarar esos casos, qué hacer con los casos confirmados, así como las medidas de prevención de cada una de ellas: las medidas generales, las de quimioprofilaxis, el esquema profiláctico y de inmunizaciones y qué hacer con los contactos. En fin, se trata de una serie de elementos de los que no disponíamos y nos proponemos mantener actualizados para que realmente nos permita una vigilancia epidemiológica mejor, coordinada y científicamente bien hecha. Ojalá podamos cumplirlo.

Me gustaría hacer llegar a los señores Diputados este decreto, que me parece que es muy importante, que realmente cambia la vigilancia epidemiológica que teníamos hasta hoy.

SEÑOR GIL SOLARES.- Me dejó un poco preocupada el tema del gas etileno. Nosotros teníamos la certeza de que cuando se manejaba ese gas como esterilizante existía la certeza de un proceso de altísimo valor de éxito. No sé si entendí bien, pero ¿existe alguna duda de la capacidad esterilizante del gas o el asunto radica en el procedimiento con el cual se maneja el gas?

SEÑOR RISI.- Seguramente, me expresé mal.

El procedimiento por gas etileno es excelente; lo que sucede es que es complejo desde el punto de vista industrial e, inclusive, por las emanaciones de carbonato de nitrógeno que genera hacia el exterior para quienes están circundando la zona de esterilización. Esto requiere hasta de una autorización especial de la Dirección Nacional de Bomberos por los manejos del aparato en sí, que trabaja a altas presiones y necesita de una serie de normas de bioseguridad a su alrededor. Pero se trata de un excelente equipo que, inclusive, permite reesterilizar materiales de altísimo costo, pero con normas de resultados bacteriológicos e infectológicos cien por ciento seguros.

SEÑOR PRESIDENTE.- En aras de la pureza de la versión taquigráfica me voy a permitir hacer una consideración: el doctor Paolillo no era director de ASSE en marzo de 2002, por lo que no pudo haberlo denunciado.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En cuanto al estado actual del conflicto de los funcionarios de Salud Pública con el Ministerio, en términos generales debo decir que lo convenido en los primeros días de setiembre con la Asociación de Funcionarios de Salud Pública y con el Sindicato Médico del Uruguay se ha cumplido en un todo. Los compromisos contraídos se han cumplido uno por uno; las cosas que nos comprometimos concretamente a resolver se han ido resolviendo; las Comisiones han funcionado; hemos tenido más de veinte reuniones aparte de las que mantuvimos informalmente tanto con el Sindicato Médico como con la Asociación de Funcionarios, y tenemos las Actas oficiales de cada una de ellas.

También hemos cumplido con nuestro compromiso de gestionar determinadas cosas. En algunos casos, lo hemos conseguido y en otros no hemos podido, pero se ha cumplido lo que se firmó.

Voy a solicitar al doctor Paolillo que haga uso de la palabra, ya que ha sido quien ha dirigido las reuniones con los funcionarios, dado que se trataba fundamentalmente de trabajadores de su repartición. La enorme

mayoría de los servicios de Salud Pública del Estado están en ASSE. Por lo tanto, fue él quien condujo, con mi conocimiento permanente, todas las negociaciones posteriores a la firma del convenio.

La verdad es que me ha asombrado un poco ver en la prensa y escuchar en la televisión noticias sobre el no cumplimiento de ese convenio. El Ministerio no ha incumplido, ha hecho todo lo que tenía que hacer. Me gustaría repartirles el texto del convenio firmado -el señor Presidente me indica que lo tienen–, a los efectos de que podamos analizar punto por punto cómo se han ido resolviendo cada una de las cláusulas.

SEÑOR PAOLILLO.- Como decía el señor Ministro, se han desarrollado varias etapas de negociación, tanto con la Federación de Funcionarios de Salud Pública como con el Sindicato Médico del Uruguay y con la Federación Médica del Interior. El acuerdo firmado el 12 de setiembre preveía la constitución del convenio y su seguimiento.

En cuanto a los funcionarios nucleados en la Federación de Funcionarios de Salud Pública, en la cláusula 3 se establecía la creación del Día del Funcionario y la elaboración de la normativa correspondiente; este se fijó en el 20 de octubre de cada año.

En la cláusula 5 se hacía referencia a la productividad; se hablaba de que la forma de pago sería mensual, mediante el mecanismo de adelanto a cuenta. Esto también se cumplió.

En la cláusula 7 se planteaba la generación de una Comisión de cambio de modelo asistencial. Se está trabajando en esto; estamos de acuerdo con que el cambio de modelo asistencial es fundamental para el sector salud y para el sector público de la salud si se opera a través del desarrollo de la atención primaria de salud. Se han destinado recursos específicos para atender esto.

En la cláusula 9 se hace referencia a la regularización de los cargos de los suplentes fijos. El Ministerio de Salud Pública se comprometió a tramitar lo correspondiente a la reestructura de la Cartera; esto fue elevado en el plazo correspondiente -de noventa días- al Ministerio de Economía y Finanzas para su aprobación definitiva. También comprendía alguna otra situación con respecto a los suplentes fijos, cuyos derechos de licencia y estabilidad en los cargos ya han sido reconocidos.

En la cláusula 11 se alude a los descuentos por paro y se logró llegar a un acuerdo con la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Tenemos que aclarar que hubo algunas dificultades para documentar las inasistencias durante los paros debido a que se da la particularidad de que los funcionarios marcan tarjeta aunque estén de paro.

La cláusula 12 está vinculada con otras gestiones que se están realizando en la bipartita.

Estos son los puntos en los que hay acuerdo.

El tema en el que hay desacuerdo con la Federación de Funcionarios de Salud Pública -y nos ha llamado mucho la atención- es la interpretación de la cláusula 6 del convenio, que refiere al aumento diferencial. Voy a leer textualmente la cláusula 6: "Aumento diferencial. Al amparo de lo establecido por el artículo 13 de la Ley Nº 17.296, el Ministerio de Salud Pública se compromete a realizar -en el próximo ejercicio- las gestiones tendientes a la aplicación de los aumentos diferenciales previstos en dicha norma".

Las gestiones las realizamos en tiempo y forma ante el Ministerio de Economía y Finanzas. Hay que tener en cuenta que este acuerdo es firmado por los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social y que el de Economía y Finanzas no ha podido responder a este aumento diferencial. Reitero que este es el mayor punto de desacuerdo con la Federación.

Con respecto a los médicos hay muchas cláusulas en común, como la 3, la 5 y la 7.

En cuanto al cambio de modelo asistencial, se está trabajando y se han hecho reuniones con la Federación Médica del Interior y con el Sindicato Médico del Uruguay. Estamos manejando ejemplos concretos de cambio de modelo asistencial, como la experiencia del Centro Coordinador del Cerro; se apunta a la descentralización y la potencialización de la atención primaria de la salud.

La cláusula 9 tiene que ver con la Comisión bipartita asesora que trabaja en la regularización de los cargos; algunos aspectos están incluidos en la reestructura. Estamos hablando de casi mil funcionarios de Salud Pública que ingresaron en un cargo distinto a la acreditación profesional que después tenían o adquirieron con el correr del tiempo. A través del trabajo con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, con el CEPRE y también con el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio logró regularizar estas situaciones y estamos esperando la firma del Ministerio de Economía y Finanzas.

Seguimos estudiando otras posibles economías para vincular estos recursos con la atención primaria de salud, y también -aunque fue bastante trabajoso– se llegó a un acuerdo en cuanto a los descuentos por paro para el colectivo SMU-FEMI.

En resumen, este ha sido el seguimiento y cumplimiento que hemos hecho del convenio con la Federación de Funcionarios de Salud Pública, con el Sindicato Médico del Uruguay y con la Federación Médica del Interior.

Con respecto al futuro que nos espera, la Comisión de cambio de modelo asistencial es para nosotros básica y seguirá trabajando con los funcionarios, el SMU y FEMI. La Comisión bipartita asesora ya ha resuelto los temas básicos y esperamos que ahora se maneje en un ámbito descentralizado en las distintas unidades ejecutoras de ASSE.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- En la cláusula 7 se habla del cambio del modelo asistencial. ¿Cómo se compatibiliza esto con el retiro de los $ 182:000.000 resultantes de la no provisión de vacantes que previamente se habían destinados a la implantación del modelo mencionado? Insisto: se sacan $ 182:000.000 del presupuesto de las vacantes destinadas a empezar a hacer funcionar el cambio de modelo. ¿Cómo se compatibiliza esta reducción presupuestal del número de técnicos que deberían participar de este modelo con la intención de hacerlo funcionar?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Desde el punto de vista presupuestal, en el Ministerio existían ahorros provenientes de vacantes no llenadas, de gente que fallece o que se jubila, pero no al amparo de los retiros incentivados sino del régimen común; además, también están los descuentos que se hacen por días de paro, etcétera. Todos los años esto arroja una cifra de entre $ 60:000.000 o $ 70:000.000 del Rubro 0 que no tienen destino alguno; existe el crédito presupuestal y el dinero pero no tiene destino.

Se había pensado utilizar este dinero para realizar un cambio de modelo asistencial, es decir, para contratar nuevos técnicos que llevaran adelante un cambio de modelo asistencial. En virtud del conflicto, ese dinero -estadísticamente, un 3% o un 4% del Rubro 0 no se ejecuta– se utilizó para financiar el aumento otorgado en este acuerdo y, a la vez, se reforzó el Rubro 0 a través de otros mecanismos como la compensación máxima al grado, es decir que se buscaron otras fuentes de financiamiento para dar cumplimiento al convenio firmado el 12 de setiembre.

Esto es lo que podemos informar desde el punto de vista estrictamente presupuestal.

SEÑOR PAOLILLO.- Lo que queríamos significar es que no se utilizó dinero de vacantes para financiar el incremento; o sea que no se eliminaron vacantes. Lo que yo quiero decir es que si tengo una vacante en marzo y recién la cubro en agosto, tengo economías del Rubro 0 que sí voy a utilizar para financiar ese aumento. En definitiva, bajo ningún concepto se están eliminando vacantes en el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Por razones obvias, a veces a uno le cuesta entender algunas cosas. Además, acá se habla de reingeniería presupuestal y ya ese término nos limita un poco. Bajando a lo terrenal, lo que podemos entender es que se tenía pensado que había una parte del presupuesto que tenía que ver con el ahorro que el contador mencionaba que iba a estar destinada al programa del modelo de atención, pero eso no se utilizó. Si no se utilizó, el programa podría quedar rengo o con insuficiencias. Entonces, lo que no entiendo es cómo se sustituyó eso. Es decir, sin tener una partida tan importante como esta, ¿cómo se pudo seguir avanzando? No entendí la explicación y les pido que la repitan.

SEÑOR PAOLILLO.- Lo que yo expliqué es cómo se generaban ahorros en el Rubro 0 por no provisión temporaria de vacantes. Esto no quiere decir que el Ministerio de Salud Pública ni ASSE no provean vacantes. Y lo que tiene que ver con el cambio de modelos es que en vez de proveer vacantes en centros hospitalarios vinculadas a la actividad hospitalaria, se direcciona a proveer vacantes de acuerdo a cómo se estableció la regla asistencial de ASSE en el primer nivel de atención. Tenemos la posibilidad de transformar cargos médicos en cargos de enfermería, o sea que tenemos la posibilidad de transformar distintas tareas vinculadas a la actividad hospitalaria para reforzar ese primer nivel de atención.

Nosotros tenemos -lo hemos hecho circular- el número de vacantes que se generan y se proveen por año en la órbita del Ministerio. En el año 2003 se proveyeron 612 vacantes en el Ministerio. Lo que estamos intentando es que esas vacantes se direccionen hacia el primer nivel asistencial. Estas vacantes se generan por renuncias y por jubilaciones y las estamos transformando para que actúen en ese primer nivel.

No hay duda de que el conflicto y la forma de solución han retrasado la implantación y la mayor potencialidad del programa de atención primaria de salud; de eso no hay duda. Eso fue un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y los funcionarios, partiendo de la base de las retribuciones insuficientes.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quizás sea bueno conocer que de las más de 600 vacantes por año, el 76% o el 77% se llena por sorteo y las restantes, que corresponden a profesionales, por designación directa. Llega a las oficinas de ASSE la solicitud del Director del hospital, quien señala una necesidad de servicio y se compara esa propuesta con la planilla horizonte. Los responsables de la planilla horizonte tienen que afirmar que realmente ese cargo es necesario y que ese hospital necesita de esa unidad, con relación a la que hemos preestablecido lo que necesita fundamentalmente para una atención primaria en salud. Luego, ese pedido firmado por la responsable de la planilla horizonte pasa a los responsables de establecer con seguridad que realmente la vacante existe y que el dinero está. Verificado eso en la Contaduría de ASSE, el expediente pasa al tercer nivel, en donde el doctor Paolillo estampará su firma. Entonces, es aceptada la propuesta de esas doscientas personas -no sé si llegan a doscientas-, que están en ese 24% y que por año entran por el mecanismo que no es por sorteo.

Creo que valía la pena explicar cómo es el mecanismo de designación de las vacantes que van surgiendo.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Con respecto al punto 6 relativo al aumento diferencial, quiero decir lo siguiente. Es evidente que la redacción es muy clara en el sentido de que ustedes se comprometen a realizar gestiones. Creo que es de orden que el señor Ministro nos cuente cuáles son las gestiones que hizo, en dónde, en qué momento y qué respuestas ha tenido.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- He delegado esa parte económica financiera en el contador, no en los médicos que no somos los más apropiados para intervenir en lo económico.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero hacer dos precisiones.

La primera es que en el artículo 13 de la Ley Nº 17.296 se dice que en oportunidad de los aumentos generales de salarios para la Administración Pública el Ministerio de Economía y Finanzas "podrá" otorgar aumentos diferenciales, que van del 0,10% al 0,50% del aumento otorgado, a los Ministerios de Salud Pública, de Educación y Cultura, del Interior, etcétera. El Ministerio de Economía y Finanzas podrá hacer esto, pero ¿sujeto a qué? Sujeto a la disponibilidad de Tesorería del Ministerio.

En enero de 2004, en oportunidad del aumento del 4%, personalmente fui al Ministerio de Economía y Finanzas. Allí tuvimos una primera reunión con el señor Subsecretario, una segunda con el señor Ministro Alfie y una tercera en la que estaba también COFE, que venía a pedir un aumento superior al 4%. Obviamente, dentro de COFE estaba la Federación de Funcionarios de Salud Pública que pedía que se cumpliera el artículo 13. En esa oportunidad el Ministerio de Economía y Finanzas nos contestó que el estado de la Tesorería no permitía aumentos diferenciales y que Salud Pública ya había tenido un aumento más que diferencial en ocasión del conflicto. Públicamente, el señor Ministro hizo declaraciones a la salida de esa reunión. Entre el 20 y fines de enero estuvimos haciendo esas gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿De dónde viene eso de "planilla horizonte"? Además, quiero hacer una pregunta al doctor Paolillo para saber en qué estado está la asistencia integral; si no me equivoco este punto no se ha mencionado.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Vale la pena comprender lo que son las planillas horizonte. Es el resultado de un trabajo profundo que se realizó antes de que entráramos al Ministerio; creo que viene desde el año 2001, cuando fundamentalmente, una médica, la doctora Magnífico, junto con colaboradores del Ministerio hizo un trabajo realmente estupendo. Clasificaron los hospitales en siete niveles distintos, analizando cada uno de ellos y la población a la que sirven, teniendo en cuenta la complejidad de la zona que debían atender y lo razonable que cada hospital debía tener en planta física, aparataje tecnológico y recursos humanos. La categoría VII solo la tienen los hospitales Pasteur, Maciel, y Pereira Rossell, y los institutos especializados: Instituto Nacional de Reumatología, Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología y el Instituto Nacional de Oncología. De acuerdo con la producción de los años anteriores, el número de consultas y exámenes, lo que pagaban afuera y lo que hacían adentro, se hizo una planilla que establece qué cantidad de recursos humanos debería tener cada uno idealmente. Lo mismo ocurre con el equipamiento. El horizonte es a lo que apuntamos. Eso se va corrigiendo cada año, porque hay variaciones en el funcionamiento de un hospital. Quiere decir que hay un horizonte al cual tendemos, y tratamos de no salirnos de esa planilla.

Cuando un Director nos solicita, por ejemplo, un dermatólogo, consultamos la planilla y puede ocurrir que allí se necesite un ginecólogo, un pediatra o un otorrinolaringólogo. Como a través del proyecto de reestructura podemos transformar cargos, nos regimos por esa planilla. Por ese motivo, el proyecto de reestructura, que firmamos personalmente en enero y que todavía no termina de salir porque recorre todos los Ministerios, es fundamental. Eso permite la regularización de los cargos, porque la planilla horizonte es la que contempla el buen funcionamiento de los hospitales y la puesta en marcha de la atención primaria.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer referencia a los concursos y a los sorteos, que crean expectativa en mucha gente. Ocurre que año a año se llama a inscripción y se sortean diversos cargos, a veces para vacantes que no existen. En varias oportunidades he expresado a las jerarquías de salud pública que ese sistema no es bueno, porque en ocasiones la persona espera un año, con las expectativas lógicas de ser llamado, y eso no ocurre. Entonces, si no existe la vacante, es mejor no hacerlo.

SEÑOR LEGNANI.- Quiero dejar constancia de que nuestro silencio ante el relato de cómo se procede no significa que lo aceptemos como bueno. Venían a nuestra memoria casos de personas capacitadas en el área asistencial, de enfermería o auxiliares que debieron emigrar al no tener una gran expectativa por el sorteo. Al cabo de un año, el número que habían sacado no tenía ningún valor en los hechos, lo que los frustraba.

En cuanto a las designaciones directas, abundan ejemplos de que no es el mejor sistema.

SEÑOR GIL SOLARES.- Es evidente que la coyuntura actual, sobre todo a partir de 2002, ha desfigurado la planilla horizonte del año anterior. Esa situación ha creado problemas asistenciales muy serios por la ausencia de los técnicos correspondientes. Podría enunciar con propiedad casi absoluta lo que ocurre en el Hospital de Carmelo, donde trabajé durante cuarenta años. Allí no hay cardiólogo. Hay un traumatólogo que no funciona como tal porque, según él, no tiene instrumental. Tampoco tienen neurólogo. Se necesita duplicar la cantidad de psiquiatras, porque la comunidad a la que asiste es tremendamente conflictiva en temas psicológicos y allí se da el récord nacional de suicidios.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Comparto con el señor Presidente y con el señor Diputado Legnani el concepto de que no es bueno el sistema del nombramiento directo. Sin embargo, hemos ido avanzando y día a día estamos mejorando. El sorteo tampoco es lo mejor, y se presta para hechos tan injustos como el que después de tener la fortuna de sacar el primer lugar no exista una vacante y se vuelva a llamar a sorteo el año siguiente. También se dan otras injusticias que cuando uno las sufre son tremendas. Hay casos de quienes han trabajado como honorarios durante uno, dos o tres años, haciendo las cosas bien, contando con la anuencia de los Jefes de Servicio y el beneplácito del

Director, y cuando llega el momento de producirse una vacante se anota alguien de afuera para el sorteo y obtiene el cargo sin tener la capacitación y la experiencia de quien ha trabajado allí durante ese tiempo. Eso nos ha hecho meditar mucho sobre el sorteo y consideramos que tenemos que pulir el mecanismo. Sabemos que es mejor que nada, pero no es lo mejor de todo. Por ese motivo este año no quise hacer el sorteo en febrero sino que lo postergué para abril, a fin de darme tiempo para elaborar un mecanismo que me permita calificar a los postulantes. Es decir que aquel que por su formación tenga un mérito curricular que pueda demostrar o que tiene años calificados y aceptados por el Director y por el Jefe de Servicios como honorario es quien tiene más derecho a ocupar esa vacante. Entonces, entre ellos se haría el sorteo.

¿Qué es lo que pasa para poner esto en mecanismo? Es que, a su vez, no quiero que esto se transforme en un mecanismo espurio de elegir los funcionarios de Salud Pública en donde prácticamente haya que ser honorario primero para poder acceder al cargo. Eso tampoco es bueno. No es así que se debe elegir al personal; exigirle que trabaje gratis durante uno, dos o tres años para que después pueda ganar el concurso. Por lo tanto, simultáneamente, tengo que cerrar la canilla de los honorarios y pedir a cada Director que no nombre más honorarios, porque si no se vuelve el mecanismo mediante el cual las personas pueden ingresar cuando hay una vacante. Son todos temas que se los comento. Vamos a ver qué puedo hacer a mediados de abril -alrededor del 20- en que se vence la fecha. Vamos puliendo el mecanismo de forma tal de que nos acerquemos paulatinamente al ideal que es el que todos ustedes conocen y yo comparto.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- En la urgencia de la explicación sobre los suplentes fijos, me quedó alguna duda. Este fue uno de los temas duros que se manejó en aquel conflicto. La solución está comprometida en el convenio. Lo que quisiera saber es cuáles son las resoluciones que se han adoptado con respecto a solucionar el tema de los suplentes fijos, es decir, darles la tranquilidad que ellos pedían en su momento.

SEÑOR PAOLILLO.- Con respecto a los suplentes fijos, hay que tener en cuenta algunas particularidades. Es casi un contrasentido: suplentes fijos. Son tanto médicos como distintos funcionarios técnicos que se desempeñan habitualmente en Salud Pública y que no están contra una vacante presupuestal. Esa es una situación que hay que solucionar. Lo que establecimos es que tienen las mismas prerrogativas en el convenio que los funcionarios que tienen distinto tipo de contratación: contratados 4.10, presupuestados o interinos. Me refiero a licencias, a la estabilidad laboral, a la licencia por maternidad. Todo esto se está cumpliendo. Tenemos por delante el desafío de la regularización de esta situación que no va a quedar solucionada en la reestructura, porque ella no va a incluir a los suplentes fijos porque no tienen vacantes presupuestales. Creemos que en la próxima ley de presupuesto se deberá establecer un arbitrio legal para solucionar esta situación.

Nosotros nos comprometimos a mantener la estabilidad laboral de estos funcionarios, que son imprescindibles en el trabajo de Salud Pública.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- En definitiva, para cumplir esta parte del convenio, el compromiso es dar la seguridad de la estabilidad laboral al cien por cien de los llamados suplentes fijos. Ese es el cumplimiento a este artículo del convenio.

SEÑOR PAOLILLO.- Exactamente, es así, incorporando no solo la seguridad sino las prerrogativas y los derechos de los demás funcionarios. Hay que incluir acá el trámite frente al Banco de la República, la seguridad para alquilar de la Contaduría General de la Nación, es decir, una cantidad de beneficios que los otros funcionarios ya tienen.

SEÑOR GIL SOLARES.- Quedó pendiente la respuesta a la pregunta sobre asistencia integral.

SEÑOR FERRERO.- Quisiera saber qué es lo que pretende saber el señor Diputado sobre este tema.

SEÑOR GIL SOLARES.- Deseo saber si se está cumpliendo con el esquema de asistencia integral para los funcionarios y sus familiares en la Salud Pública.

SEÑOR FERRERO.- En cuanto a la asistencia integral, tenemos reuniones periódicas con la Federación de Funcionarios de Salud Pública en las que hay un muy buen diálogo y llegamos a acuerdos en todos sus reclamos. Tanto es así que en una reunión mantenida en enero, decidimos integrar una nueva Comisión Honoraria de Asistencia Integral, que prevé un decreto de noviembre de 2002, en la cual incorporamos un integrante de ASSE para hacer más viable la comunicación entre las Unidades Ejecutoras del interior y ASSE, los Directores de los Hospitales. Combinamos juntar la farmacia de asistencia integral, tanto la del Visca como la de Reumatología, y hacer un local donde funcionaran también policlínicas para centralizar todo el servicio de asistencia integral. Si quedara vacío el inmueble que actualmente ocupa la gerencia de asistencia integral, se lo daríamos a la Federación de Funcionarios para los estudiantes del interior, hijos de funcionarios de la Federación que vengan a estudiar a Montevideo.

O sea que, en cuanto a la asistencia integral, cuando estamos reunidos, no tenemos ningún problema. Ahora, me sorprende verdaderamente cuando al día siguiente de la reunión con los integrantes de la Federación de Funcionarios, salen a decir que no existe asistencia integral, que no se cumple con ella, que los funcionarios no tienen asistencia integral. Sinceramente, no entiendo. No condice lo que hablamos con lo que salen a decir después. Por eso, me sorprende.

SEÑOR GIL SOLARES.- Es un tema bastante viejo el de las protestas de los funcionarios en el sentido de no recibir la asistencia integral cuando ellos la solicitan. Uno de los ejemplos es el servicio odontológico que no sé si por cuenta de los odontólogos o de las Direcciones de los Hospitales, siempre ha estado en la picota. Uno ha oído quejas de la asistencia integral por otras especialidades tan sutiles como la dermatología o la ortopedia o cosas por el estilo que tampoco han sido muy bien contempladas. Por lo menos, ha habido quejas. No puedo asegurar que tal o cual servicio no se ha cumplido. Pero es notorio y evidente que lo hemos escuchado muchísimas veces y también como dice el señor Ferrero, últimamente se ha procedido a ese tipo de protestas.

SEÑOR PESCE.- La asistencia integral es un derecho que tienen todos los funcionarios de Salud Pública a recibir atención odontológica, oftalmológica, psicológica y de farmacia, tanto para padres como para hijos. Cuenta con un crédito presupuestal anual de $ 120:000.000, de los cuales en el último Ejercicio se han ejecutado aproximadamente $ 80:000.000. La atención odontológica cubre todo el país y se hace a través de las licitaciones con cooperativas de la región; básicamente existen cinco regiones. Hay un arancel acordado, hay crédito suficiente para cubrir estas licitaciones, se paga puntualmente a los 90 días -inclusive, a veces antes- y se mandan las autorizaciones de tratamientos que vienen de las Unidades Ejecutoras; desde el punto de vista odontológico no habría mayores inconvenientes. Sí los hubo el año pasado en la atención oftalmológica porque en el interior no se pudo llevar adelante las licitaciones en lo que tiene que ver con ópticas. De todas maneras, la óptica que ganó en Montevideo también se presentó en el interior con precios notoriamente inferiores y los servicios oftalmológicos son realizados en todo el país.

Lo que han pedido los usuarios de asistencia integral es que se hagan controles de la calidad de los trabajos. Hay un control de calidad para todos los trabajos odontológicos y ahora a nivel oftalmológico se está tratando de apuntar a la calidad de los cristales de los lentes que se proveen. Al respecto, no existe ninguna clase de inconveniente.

Por otra parte, los medicamentos no tienen limitación ninguna, ya sea en cuanto al crédito presupuestal como a la forma de pago porque lo paga UCAMAE directamente del Ministerio de Economía y Finanzas. No hay problemas de abastecimiento ni inconveniente alguno. Sí se plantean dudas porque un decreto del 2001 regula qué prestaciones están cubiertas por Asistencia Integral. Como se recordará, Asistencia Integral del Ministerio llegó a tener un gasto anual de alrededor de US$ 15:000.000. Era una situación que no tenía control. Hoy podemos decir que con US$ 3:000.000 o US$ 4:000.000 damos cobertura a todo lo que se pide de una manera ordenada.

En 2002 se dicta un decreto que establece cuáles son las prestaciones que estarían comprendidas dentro de Asistencia Integral. El problema se puede presentar porque habría tratamientos que no estarían, a priori, contemplados en ese decreto. Eso va a una comisión que estudia si corresponde o no la cobertura y luego se expide. De alguna manera, el decreto es el que regula en qué se tiene que gastar ese dinero y cuando vienen

"zonas grises" pasa a una comisión; obviamente, a veces demora en expedirse sobre, por ejemplo, una pierna ortopédica de avanzada o sobre una escuela especializada para un niño autista que debe recibir tratamiento. En definitiva, Asistencia Integral no es para pagar el colegio de un niño. Hay "zonas grises" en las cuales, por un lado, el humanismo dice que habría que contemplar esta situación y, por otro, tenemos un decreto del 2002 que regula el tipo de gasto.

Como dice el señor Ministro, debemos seguir puliendo el tema, pero en términos generales se puede decir que Asistencia Integral está funcionando bien.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- La partida presupuestal para Asistencia Integral fue de $ 120:000.000, pero se ejecutaron alrededor de $ 80:000.000. Por lo tanto, me gustaría conocer las causas por las que no se ejecutaron esos $ 40:000.000. ¿Fue por recortes presupuestales o por otras causas?

SEÑOR PESCE.- No fue por recorte presupuestal, sino simplemente porque la demanda de servicios de asistencia integral ha sido cubierta con $ 80:000.000. Se podría haber utilizado un poco más de dinero si hubiesen funcionado bien las licitaciones de oftalmología. De todas maneras, estamos tratando de evaluar cuál es la demanda insatisfecha porque al haber aplicado controles el gasto en asistencia integral bajó sensiblemente.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Tenemos alguna información de que no se gastaron $ 150:000.000 de la partida presupuestal asignada para inversiones, por lo que queremos conocer las causas.

SEÑOR PESCE.- El crédito presupuestal total para inversiones del Ministerio de Salud Pública es de $ 150:000.000; de eso se ejecutó únicamente el 20%. No se ejecutó más -en este caso sí hubo topes presupuestales- porque el año 2002 fue muy particular, ya que el Estado demoró en pagar y nos hemos quedado sin proveedores. Frente a la incertidumbre de la fecha de cobro, las empresas son reticentes a invertir y a presentarse a las licitaciones tanto de equipamiento como de planta física.

En definitiva, respecto a los créditos de inversiones, hay una doble explicación: por un lado, la falta de proveedores y, por otro, los topes presupuestales, sobre todo de 2002 y del primer semestre de 2003.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Hace unos meses hicimos un pedido de informes al señor Ministro sobre el funcionamiento de las comisiones de apoyo. Todavía no hemos tenido respuesta. No queremos utilizar la vía tradicional y este nos parece un buen momento para solicitar informalmente al señor Ministro si nos puede hacer llegar ese informe en el tiempo más o menos adecuado.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Agradezco al señor Diputado que me haya hecho recordar esto.

Efectivamente, no recuerdo bien la fecha, pero desde fines de año tengo una solicitud. Debo ser culpable de la demora, y lo que pasó para justificarla en algo fue que dentro del pedido que me hacía el señor Diputado Gallo Imperiale se solicitaban rendiciones de cuenta de todas las comisiones de apoyo. Eso me implicó comunicarme con cada una de ellas y esperar los resultados. Sinceramente, le digo que no sé cuántas me han respondido. Tengo que "apretarlas" a efectos de que me informen y así poder responder al señor Diputado. Prometo hacerlo a la brevedad y, si fuera posible, dentro de este mismo mes.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Esperemos que las "apriete".

SEÑOR LEGNANI.- Quisiera referirme al squalene, producto del que se habla mucho en la prensa.

Estuvimos en contacto con integrantes de la Sociedad de Pediatría y de la Policlínica de Plomo y, de acuerdo con todo lo que hemos recogido, entendemos que hubo manejo confuso con una serie de situaciones. Sobre la mesa tenemos algunos artículos de prensa que citan a integrantes del cuerpo médico; nosotros hemos estado en contacto con esas personas y nos afirman que en ningún momento hicieron ese tipo de declaraciones. Esto

ha dado lugar a confusión en el sistema informativo y en la opinión pública, pues se habla de una medicación específica para determinado problema, pero eso no es así.

De acuerdo con nuestros informes y con manifestaciones de los médicos actuantes, ha habido mal manejo, pues se trata de un complemento de la alimentación: ácido graso polinsaturado, que tiene la capacidad de combinarse con metales pesados. No se trata de una medicación específica ni de un intento de una investigación. Reiteramos que ha sido mal manejo de la información y que pretendíamos dejar sentada esta aclaración.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Me alegra la interpretación del señor Diputado porque efectivamente es así. Este es el ejemplo más típico de por qué los "apuretes" son malos consejeros.

A fines de año, la señora Claudia Guerra, aparentemente con muy buena intención, representante del laboratorio SEMO Company & Ltd., de Corea, y de Bologne S.A. en Uruguay, se comunica directa o indirectamente con el doctor Castillo, Director General del Hospital Pereira Rossell, a quien le manifiesta: "Se está por vencer una cosa que es importantísima, un alimento que lo precisan en la policlínica. Doctor, se vence ahora y si no sacamos la declaratoria de exoneración de impuestos eso se pierde porque está en la fecha límite".

El 19 de enero, el doctor Castillo, que no es especialista en el tema, me llamó y me dijo que se trataba de una donación y que si no lo aceptábamos, se perdería. "¿De qué es?", pregunté yo. "De Squalene", contestó. "¿Está registrado?", pregunté. "Así es", contestó.

Si regalan un producto que está registrado, lo aceptamos y después vemos qué hacemos con él. Este producto está registrado como antioxidante y reductor de lípidos. El asunto es que estaba registrado; yo firmé aceptando la donación; el expediente pasó por Presidencia y luego por el Ministerio de Economía y Finanzas, que otorgó la exoneración de todo tributo para que ingresara al país. Y viene el apuro: que está en depósito fiscal, que la donación no sale, que hay que tirar la mercadería o ¿qué hacemos con ella?

Estoy convencido de que eso tuvo que haber llegado por avión, y ahora que cambió la gestión del aeropuerto, seguramente quiera cobrar por el depósito. Antes la llevábamos más o menos, pero ahora hay que pagar.

El doctor Castillo me llamó nuevamente para que le contara qué fue lo que pasó en el "apurete" por aceptar la donación. Es cierto que aceptamos un complemento alimenticio, que está registrado como antioxidante y reductor de lípidos, pero que nada tiene que ver con el tratamiento de niños con plombemia alta. Aparentemente se pretendía realizar un trabajo científico, pero sería bajo cuerda porque no hay protocolo de investigación.

En el día de ayer me comuniqué con el doctor Castillo para que por escrito solicitara a esta médica de dónde obtuvo esta información científica respecto a que se trata de un producto para tratamiento de niños con plombemia. No lo pudo dar; no lo tiene. Dice que ella sintió que un japonés lo daba. ¡Esa es la información científica!

A través de Internet aparece la señora Claudia Guerra, con domicilio en la calle General Paz 1405, de Montevideo, y su e-mail. "Rubro: Medicina Varios- Vendo: Pidanos su Squalene, Alkoxyglicerols [...] lo enviamos a todo el Mundo. O visítenos en Beauty Shop [...]- Lleva oxígeno a las células, estabiliza su Metabolismo". Bueno para la "materia gris del cerebro, y gran parte de retina del ojo.- Tomando estos Suplementos Alimenticios se sentirá mejor!!- Tenemos toda la línea de cosméticos reconstituyentes en base a Squalene, totalmente naturales que no dan ningún tipo de Alergia. Detiene proceso de envejecimiento, arrugas desaparecen".

(Hilaridad)

——Eso es lo que nos quieren vender.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del señor Ministro de Salud Pública y sus asesores.

Se levanta la sesión.